FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 95

DE L'ÉTUDE

DES

PHLEGMONS SYMPTOMATIQUES

DU CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Février 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre VIALLET

Né le 1er Juin 1879, à Auteyrac (Haute-Loire),



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Février 1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 95

DE L'ÉTUDE
DES
PHLEGMONS SYMPTOMATIQUES
DU CANCER DU GROS INTESTIN
(RECTUM EXCEPTÉ)

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 25 Février 1907
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre VIALLET
Né le 1er Juin 1879, à Auteyrac (Haute-Loire),



LYON
A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

Février 1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . DOYEN.
J. COURMONT . . . . ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE BONDET BARD
Cliniques chirurgicales	PONCET JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . .	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	PIERRET
Clinique des maladies des enfants.	WEILL
Clinique des maladies des femmes.	POLLOSSON (A.),
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE,
Parasitologie	GUIART
Anatomie.	TESTUT
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	TEISSIER
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET
Anatomie pathologique	TRIPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	SOULIER
Pharmacologie.	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire . . . . M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX.	
Thérapeutique générale	COLLET	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale.	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD	—
Anatomie topographique	ANCEL	—

AGRÉGÉS

MM	MM	MM.	MM.
ROUX	SAMBUC	REGAUD	NEVEU-LEMAIRE
BARRAL	BORDIER	CAUSSE,	PATEL
PIC	COURMONT (P.)	ANCEL	J. LÉPINE Ch...
PAVIOT	CHATIN	COMMANDEUR	PLAUCHU, Ch...
NOVÉ-JOSSERAND	VILLARD	GAYET	
BÉRARD	TIXIER	MOREL	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), *Président;* VILLARD, *Assesseur;*
MM. TIXIER et PATEL, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de filiale reconnaissance.

A M. le Professeur M. POLLOSSON, *pour l'honneur qu'il nous a fait de vouloir bien accepter la présidence de notre Jury de thèse ;*

A MM. les Professeurs-Agrégés VILLARD, TIXIER et PATEL, *pour le bon accueil que nous avons trouvé auprès d'eux ;*

A M. GANGOLPHE, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, *pour l'aide précieuse qu'il nous a fournie dans ce modeste travail ;*

A M. le Professeur Agrégé SIRAUD, *pour l'excellent souvenir que nous gardons de son enseignement si pratique et des bons services qu'il nous a rendus ;*

A nos Maîtres à la Faculté et dans les Hôpitaux ;

A tous ceux enfin qui nous ont aidé à surmonter toutes les difficultés au cours de nos études entreprises et poursuivies dans des conditions particulièrement défavorables, nous sommes heureux d'offrir nos remercîments les plus sincères.

DE L'ÉTUDE

DES

PHLEGMONS SYMPTOMATIQUES

DU

CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

Nous nous proposons, dans cette étude, d'envisager les phénomènes inflammatoires qui se montrent au début du cancer du gros intestin. Nous aurons surtout en vue les phlegmons qui se montrent comme premier signe d'un cancer, jusque-là latent, ou qui avaient donné des signes si vagues, qu'ils n'avaient pas retenu l'attention, soit du malade, soit du médecin.

Nous laissons de côté, de façon systématique, les abcès qui se montrent au cours de néoplasmes avérés, diagnostiqués depuis longtemps, ou dont le diagnostic n'est plus en suspens. Ces suppurations para-néoplasiques sont, en effet, d'ordre banal et ne méritent pas de fixer notre attention.

Nous avons également éliminé les péritonites géné-

ralisées et nous ne parlerons que des suppurations bien limitées.

La valeur symptomatique des abcès que nous étudions n'est pas connue depuis fort longtemps. Bernütz, en 1850, est le premier auteur qui ait fait ressortir leur importance au point de vue séméiologique, dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine* en 1850, sous le titre : « Phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen. » Thiéry, en 1889, rapporte à la Société anatomique deux observations de phlegmons de l'abdomen, consécutifs à un cancer de l'intestin et, dans le deuxième cas, il fait le diagnostic probable du cancer sous-jacent en se basant sur le cas précédemment vu.

Wedrychowski, dans sa thèse, Paris 1879, signale les tumeurs de l'intestin comme cause d'abcès de la paroi abdominale.

En somme, jusqu'à la thèse d'Opin, inspirée par M. Gangolphe, nous ne trouvons aucun travail d'ensemble sur la question, mais seulement des observations éparses dans la littérature médicale.

Opin, dans sa thèse sur l'*Etude des phlegmons de l'abdomen symptomatiques de néoplasmes de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif*, réunit onze observations d'abcès comme signe de début du cancer du gros intestin.

Puis, en 1904, Tuffier, dans la *Semaine médicale*, en rapporte trois observations et insiste sur leur valeur symptomatique ; il les croit encore peu connus et semble ignorer la thèse d'Opin et l'article de M. Gangolphe dans le *Lyon médical*, 1895.

Dans ces dernières années, les observations se sont

multipliées et nous en avons pu réunir un total de quarante.

Récemment, à la Société de chirurgie de Lyon (1907), M. Gangolphe a de nouveau insisté sur la valeur séméiologique de ces abcès.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Causes occasionnelles.

On trouve, dans certaines observations, une cause qui a occasionné le début des phénomènes inflammatoires. Dans certains cas, c'est un traumatisme, coup, chute sur l'abdomen.

Dans une observation anglaise, la malade présentait une petite tuméfaction à la région vésiculaire ; on lui donne un purgatif et, quelques jours après, les phénomènes inflammatoires éclatent et évoluent avec une rapidité telle, qu'en cinq jours le pus s'ouvre à la paroi.

Dans la grande majorité des cas, ces abcès semblent survenir spontanément et sans cause apparente.

Fréquence. — Au point de vue de la fréquence, nous n'avons pu établir leur fréquence absolue, en raison du nombre considérable de recherches qu'il eût fallu faire, nous ne parlerons que de leur fréquence relative.

On trouve écrit, dans ces derniers temps, par la plupart des auteurs qui se sont occupés du cancer du gros intestin, que les néoplasmes du cæcum, du côlon

ascendant et de l'S iliaque aiment le pus et que c'est surtout au niveau des fosses iliaques que siègent les complications inflammatoires. Nous pensons que cette affirmation est exagérée. Si l'on trouve plus souvent des complications au niveau des fosses iliaques, c'est que les régions correspondantes du gros intestin sont de beaucoup les plus fréquemment atteintes de cancer.

En effet, Tuttle, dans sa statistisque des cancers de l'intestin, a trouvé que sur 2432 tumeurs malignes :

1690 étaient des cancers du rectum ;
283 du cæcum et côlon ascendant ;
182 du côlon sigmoïde ;
160 du côlon transverse et descendant ;
60 de l'appendice ;

et le reste pour l'intestin grêle.

De Bovis, dans la *Revue de Chirurgie*, donne la statistique suivante :

S iliaque	115
Côlon ascendant	50
Côlon transverse	43
Côlon descendant	30
Angle hépatique	20
Angle splénique	21

Okinczye, pour ses observations inédites, donne :

Côlon pelvien	17
Angle hépatique	7
Côlon ascendant	6
Côlon descendant	4
Côlon transverse	3
Angle splénique	2

On voit donc que le cancer du gros intestin siège

avec une fréquence énorme au niveau de l'S iliaque et du cæcum. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les phénomènes inflammatoires soient vus le plus souvent à ce niveau.

D'ailleurs, étant donné le mode d'infection pathogénique de ces abcès, rien n'explique cette prédilection de ces portions du gros intestin pour le pus.

La pathogénie de ces abcès semble actuellement hors de doute. Les abcès ne sont presque jamais stercoraux d'emblée. Ce sont des abcès ordinaires qui s'ouvrent à l'extérieur et, secondairement, la communication s'établit avec l'intestin. Ils ne sont donc pas dus à une perforation de l'intestin.

Ce sont des adénites infectieuses pures ou mixtes cancéro-infectieuses. L'anatomie pathologique nous donne la clé de l'infection. Des études anatomo-pathologiques des lésions intestinales sus-jacentes à un rétrécissement de l'intestin, faites récemment par Leclerc, Coste, Okinczye..., il ressort que les lésions de la muqueuse sont peut-être plus marquées en amont du retrécissement, dans le segment d'intestin immédiatement sus-jacent qu'au niveau même du néoplasme. Ces ulcérations sont le point de départ de l'infection qui suit les voies lymphatiques, et il se fait un abcès soit lymphangitique, soit adénopathique.

Cette conception a pour elle le fait que ces abcès ne communiquent pas directement avec l'intestin dans les premiers temps de l'infection, qu'il ne sont pas stercoraux d'emblée. D'autre part, certains chirurgiens ont pu, grâce à une deuxième intervention ou à des vérifications nécropsiques, constater la rétrocession de

volumineuses adénites aperçues au cours d'une première intervention.

En outre, si ces abcès étaient dus à une perforation du néoplasme ou de l'intestin, ils ne sauraient se produire au niveau de l'S iliaque, portion essentiellement mobile du côlon et qui contracte difficilement des adhérences. Une perforation à ce niveau donnerait une péritonite généralisée.

Dans les cas où les abcès sont stercoraux d'emblée, il faut bien admettre une perforation intestinale, mais ces abcès se forment le plus souvent au niveau du cæcum, portion fixe et où les adhérences se produisent facilement.

Ils ne sauraient se former au niveau des autres portions du gros intestin, car là les adhérences se produisent beaucoup plus difficilement, et les perforations des tuniques intestinales donnent lieu à une péritonite d'emblée généralisée,

---

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomique, nous diviserons les abcès que nous étudions en deux classes d'inégale importance. Dans la première, nous ferons rentrer les abcès stercoraux, dans la deuxième, les abcès ordinaires.

Les abcès stercoraux sont très rares, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire. Ce sont aussi les moins intéressants. Dans ces cas, l'abcès est ordinairement voisin du néoplasme et siège à son niveau.

C'est ordinairement un abcès de volume considérable qui aboutit rapidement aux plans superficiels qui deviennent rouges, tuméfiés. Il s'ouvre bientôt à la peau et le sphacèle de la paroi abdominale est étendu. Quelquefois, ces ouvertures sont multiples et il se forme de véritables clapiers.

Le pus est extrêmement fétide, il est mélangé de gaz qui s'échappent au moment de l'incision.

On trouve facilement la perforation intestinale, parce qu'elle est de grandes dimensions.

Les abcès de la deuxième catégorie, qui ne sont pas stercoraux d'emblée, sont beaucoup plus fréquents et ont une évolution beaucoup plus intéressante. Tandis que les premiers s'ouvrent à la peau rapidement et

donnent lieu à un anus contre nature banal, les deuxièmes, avant d'arriver à cette dernière étape de leur évolution, franchissent des stades variés et d'un caractère particulier. Aussi méritent-ils de retenir plus longuement notre attention.

Au point de vue du siège, nous pouvons dire qu'ils sont voisins du néoplasme et qu'ils siègent rarement à distance. Probablement que leur point de départ est au niveau du mésocôlon, à l'intérieur des ganglions lymphatiques ou le long d'un tronc lymphatique. Puis ils se dirigent en avant et tendent toujours à se faire jour au niveau de la paroi abdominale antérieure.

Cependant il est des cas où ces abcès siégent à distance. C'est ainsi que, dans les cancers de l'S iliaque ou du côlon descendant, on a vu les abcès siéger au niveau du cæcum, entre autres dans une observation de Reverdin. A ce niveau, ces phénomènes inflammatoires revêtent le masque de l'appendicite et contribuent à induire en erreur le chirurgien. Ces cas ne rentrent pas dans le mode pathogénique que nous avons admis d'une façon générale. Pour expliquer leur formation et comprendre leur apparition à une aussi grande distance du néoplasme, il faut admettre une pathogénie un peu plus compliquée. Coste et Leclerc dans leurs thèses, Okinczye dans les travaux de chirurgie anatomo-clinique de Hartmann ont bien étudié les lésions du segment d'intestin sus-jacent à une sténose intestinale. Elles vont nous expliquer l'origine de ces foyers infectieux à distance. Les lésions peuvent porter, à des titres divers, sur les trois tuniques de l'intestin.

Au niveau de la muqueuse ce sont des ulcérations,

ces ulcérations peuvent siéger soit au niveau du néoplasme, soit en amont. Elles ont pour cause la distension à laquelle est soumis l'intestin et l'irritation due à la stagnation des matières fécales.

Quant à la musculeuse, ses lésions consistent surtout en une hypertrophie de cette tunique, hypertrophie qui serait simplement fonctionnelle pour les uns. Pour M. Patel *(Revue de chirurgie*, 1902), l'hypertrophie ne serait qu'apparente et serait souvent due à l'œdème de la paroi. Elle ne serait pas en rapport avec le siège, le degré et l'ancienneté de la lésion.

La séreuse présente des lésions encore plus apparentes. Ce sont des dilatations, des fissures, des escarres. Elle perd son aspect lisse et brillant, poli, pour prendre une teinte rouge, bleuâtre, velvétique. Il peut même se produire des ischémies partielles et des foyers disséminés de nécrose. Ces altérations favorisent les adhérences. Elles sont dues à la distensión extrême des tuniques et aux troubles circulatoires qui en résultent.

Or, il se produit le fait curieux que ces lésions sont souvent plus marquées au niveau du cæcum, peut-être à cause d'une faiblesse plus grande à ce niveau de la tunique musculaire.

Cet argument nous explique la localisation exclusive à ce niveau des phénomènes infectieux observés à distance. Elle est encore expliquée par ce fait que le cæcum est, avec la flexure splénique, la portion la plus fixe du gros intestin, et que des lésions intestinales qui ailleurs donneraient une péritonite généralisée, donnent à ce niveau un abcès enkysté du fait des adhérences qui ont pu se produire. Dans d'autres cas, et ce

sont peut-être les plus fréquents, la perforation se fait sur une portion plus ou moins mobile du gros intestin, les adhérences ne peuvent se produire. Ces perforations rentrent dans les perforations appelées diastatiques par de Bovis et d'origine à la fois mécanique par distension, et inflammatoire.

Par rapport au péritoine, l'abcès est le plus souvent péritonéal, cependant il peut être tout entier rétro-péritonéal, comme dans une observation où le pus avait envahi toute la fosse iliaque interne d'un côté, s'était propagé à la fosse iliaque externe, pour s'établir sous le grand fessier. Du fait de la disposition du péritoine, cette localisation se voit plutôt dans les cancers du cæcum.

Nombre. — L'abcès est ordinairement unique, mais dans certains cas il y a plusieurs abcès, aussi, lorsqu'on a drainé la première collection, on est surpris de voir que la température ne tombe pas ; c'est qu'il existe un autre abcès.

Ou bien ces abcès évoluent successivement : après un premier abcès drainé, on voit dans les jours qui suivent un deuxième abcès venir s'ouvrir à la peau.

Dans une observation où la tumeur du cæcum avait donné une généralisation au niveau de l'S iliaque, il existait autour du cæcum plusieurs abcès de péritonite enkystée et au niveau de la tumeur iliaque, un autre abcès volumineux qui avait passé inaperçu.

Volume. — Le volume de ces abcès est souvent considérable : dans plusieurs observations les chirurgiens les comparent à une tête de fœtus. Dans quelques cas, et ce sont souvent ceux qui évoluent d'une façon

suraiguë, l'incision est précoce, et il s'écoule quelques cuillerées d'un liquide sanieux et fétide.

Contenu. — Le pus est ordinairement assez bien lié, d'odeur fétide, l'odeur du pus abdominal, mais il ne contient presque jamais de matières fécales ni de gaz. Ce ne sont pas des abcès stercoraux et ceci est un caractère sur lequel nous ne saurions trop insister. Ordinairement, la communication avec l'intestin se fait ensuite, quelques semaines après. Dans une observation, elle n'a jamais eu lieu, bien que le malade ne soit mort que deux ans après l'apparition de l'abcès.

Parois de l'abcès. — Elles sont variables suivant la rapidité d'évolution de l'affection. Dans les formes suraiguës, elles sont représentées par les anses intestinales agglutinées, mais dans les formes ordinaires à évolution lente, elles sont épaisses et indurées, résistantes au toucher. Dans certains cas, le doigt du chirurgien qui explorait ces parois, a senti en un point une induration spéciale et l'évolution ultérieure a montré que cette induration répondait au néoplasme latent. Mais, malgré une exploration attentive, on ne trouve pas de communication avec l'intestin.

Evolution des abcès. — Les abcès peuvent évoluer de différentes façons. Mais, avant d'étudier les formes suppurées, disons quelques mots de la forme à résolution.

La résolution est probablement assez fréquente, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et c'est là sans doute l'explication de ces poussées fébriles diagnostiquées, appendicites, que l'on observe dans les tumeurs du cæcum, encore latentes. La résolution peut

se voir même lorsque l'inflammation a atteint une grande intensité, comme dans l'observation de Bernütz. Là, les phénomènes inflammatoires avaient envahi une grande partie de la paroi abdominale. Les téguments étaient enflammés et en un point il fut possible à un certain moment de sentir la fluctuation. La résolution eut cependant lieu ; le malade succomba quelque temps après par les progrès de son néoplasme. On ne trouva pas trace de l'abcès antérieur.

A côté de la forme à résolution, nous devons parler de la tendance de ces abcès, d'une façon générale, à la résolution et à l'évolution par poussées successives, surtout dans les formes à évolution lente. Le processus inflammatoire offre une variabilité et une instabilité très grandes. Ils évoluent par poussées successives un peu comme les appendicites à répétition. Il se produit une poussée inflammatoire donnant lieu à un plastron, une induration étendue, puis les symptômes s'amendent. Les signes objectifs diminuent. Puis nouvelle poussée, mais cette fois plus marquée que la première, et l'on constate, les accidents aigus disparus, que la tumeur que l'on avait pu sentir auparavant a augmenté de volume. Les poussées peuvent se répéter plusieurs fois jusqu'au jour où la résolution n'a plus lieu et où il se forme un abcès. Du jour au lendemain il est ainsi donné de constater de grandes variations de volume de la tumeur inflammatoire qui semble fondre. Pendant ce temps, les phénomènes généraux subissent des variations correspondantes.

Enfin, dans les quelques cas où l'abcès a été stercoral d'emblée, son évolution a été excessivement rapide.

Sans doute la présence des matières fécales donne lieu à des associations microbiennes très virulentes et qui hâtent l'évolution de l'abcès.

Il nous reste à dire comment évolue l'abcès, le pus une fois évacué. Pour l'abcès stercoral, l'évolution n'est pas longue ; à la suite de l'ouverture de la collection il s'est formé un anus contre nature, par lequel les matières continuent à sortir. Cet état de choses ne persiste pas longtemps, car dans nos quelques observations la mort survient rapidement.

Pour les autres abcès, l'évolution est beaucoup plus diverse et variable, et il faut distinguer plusieurs cas :

1° L'abcès se vide ou est drainé. Au bout d'un temps assez rapide il se cicatrise et tout est fini. Cette évolution est excessivement rare ;

2° L'abcès donne du pus horriblement fétide. Il ne se ferme pas et il persiste une large fistule. Au bout de quinze jours à trois semaines, on constate dans le pansement la présence des matières fécales. Cette ouverture secondaire peut se produire beaucoup plus tard, quelquefois cinq ou six mois après l'ouverture de l'abcès. Pendant cet intervalle la fistule ne s'est jamais fermée.

Puis secondairement on voit les bords de la fistule être envahis par des bourgeons de mauvais aloi. D'autres fistules se forment à côté, donnant lieu à un clapier. La tumeur se développe et on a ainsi un énorme lupus de la paroi.

A cette période il n'est pas rare de voir sortir par la plaie de la substance colloïde, comme dans les observations de MM. Gangolphe et Pollosson ; cette issue

montre que nous sommes en présence d'un myxome de l'intestin.

3° D'autres fois, l'abcès, une fois drainé, se ferme. On croit que tout est fini. Au bout de quelque temps, il se produit de nouveaux phénomènes inflammatoires, coïncidant avec l'obstruction intestinale, et l'ancien abcès s'ouvre de nouveau. Dans une observation, il s'est formé successivement cinq ou six abcès à un mois d'intervalle. Ils peuvent réapparaître, soit toujours au même niveau et on croit avoir affaire à une fistule qui se bouche ; ou bien ils sont voisins les uns des autres.

Dans un cas on a cru être en présence d'une appendicite, et la persistance des abcès était attribuée à ce que l'on n'avait pas enlevé l'appendice lors de la première intervention.

4° Enfin il est un mode d'évolution qui doit être fréquent, mais doit ordinairement passer inaperçu : l'abcès se forme et s'évacue dans l'intestin. On constate alors la présence de pus dans les selles ; lorsque l'abcès était volumineux, on peut avoir une selle diarrhéique.

SIGNES. — DIAGNOSTIC

Ce que nous avons dit de l'anatomie pathologique de ces abcès nous permettra d'être bref sur leur séméiologie et sur leur évolution clinique. Nous indiquerons simplement quelles sont les allures diverses que peuvent revêtir ces abcès, puis nous dirons quelques mots des formes cliniques suivant le siège. Après une phase plus ou moins latente, les signes de suppuration apparaissent et évoluent soit de façon suraiguë, soit avec une allure chronique. Enfin ils peuvent évoluer comme un abcès ordinaire.

Prodromes. — Si l'on interroge soigneusement les malades, il est rare qu'on ne trouve pas, dans les mois qui ont précédé les accidents, des troubles divers.

Ce peuvent être des phénomènes douloureux, souvent localisés à une partie de l'abdomen, avec quelquefois des irradiations en ceinture, aux lombes, ou aux membres inférieurs. Ces douleurs, maxima en un point fixe, s'étendent bientôt à tout l'abdomen. Elles ont souvent l'aspect de coliques survenant trois ou quatre heures après le repas.

Ou bien ce sont des troubles intestinaux, des alternatives de diarrhée et de constipation, des troubles d'entéro-colite, mais rien ne fait songer à une tumeur

de l'intestin ou à un abcès, et ce sont des malades que l'on envoie à Vichy ou à Plombières. Dans un cas de cancer de l'S iliaque, l'abcès s'était formé sans donner beaucoup de symptômes. Seules des douleurs vésicales faisaient croire à de la cystite. Au bout d'un certain temps le malade constata la présence de pus dans son urine.

D'autres fois ce sont des signes généraux qui ont seuls attiré l'attention du malade. Depuis quelques mois, il maigrit, perd ses forces, présente de l'anorexie. Mais tous ces troubles sont bien vagues, passent inaperçus et l'abcès semble souvent être le premier signe sérieux du néoplasme, jusque-là plus ou moins latent.

D'autres fois est apparu un signe de première importance, c'est l'obstruction aiguë. Cette obstruction aiguë survient sans cause, se maintient un jour ou deux, puis disparaît. Elle a une importance énorme et, lorsqu'on la voit survenir chez un individu âgé, elle doit faire songer immédiatement à un néoplasme.

Forme suraigue. — Quels que soient les prodromes, le début peut être brusque. Le soir, éclate un grand frisson, la température s'élève tout de suite à 39°5 et même à 40°5. La douleur est intense, les signes généraux extrêment graves. La douleur est surtout locale ; au niveau de l'abcès, la résistance de la paroi est très marquée. Les muscles sont contracturés.

A ce tableau se joint un signe important et qui doit toujours fixer l'attention, c'est l'état d'obstruction aiguë du malade. Il y a arrêt complet des matières. Les accidents d'obstruction peuvent ou bien dominer le tableau ou bien se joindre aux signes précédents.

Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, les phénomènes phlegmoneux deviennent superficiels et, si une incision précoce ne vient arrêter les progrès du mal, le pus peut envahir en quelques jours la plus grande partie de la paroi abdominale. L'opération s'impose d'urgence aussitôt les signes de localisation nets. En six jours, dans une observation de Macquet, le pus avait envahi toute la fosse iliaque droite, s'était propagé à la fosse iliaque externe du même côté, avait envahi toute la région fessière en envoyant une fusée étendue dans la paroi abdominale antérieure.

Forme commune. — D'autres fois l'affection suit une évolution plus lente. L'abcès met une dizaine dejours pour évoluer et arriver à la peau.

Il reste bien limité, et l'état général n'est, à aucun moment, aussi menaçant que dans la forme précédente. Mais toujours ces signes se sont accompagnés d'obstruction.

Forme lente a poussées successives. — Cette forme est beaucoup plus intéressante que la précédente, parce qu'elle est assez particulière à l'affection que nous étudions.

Ce sont les malades qui souffrent en un point assez localisé et qui ont de la fièvre hectique. Ils vont se cachectisant et l'on sent une tumeur profonde assez limitée, peu douloureuse spontanément, mais douloureuse à la pression et de petit volume. Souvent, pendant ces moments d'accalmie, il n'existe aucun signe digestif ou de sténose. Puis, sans cause apparente, la température s'élève, la tuméfaction augmente, devient plus douloureuse et, sous l'effet d'un traitement mé-

dical qui consiste en glace, morphine et diète lactée, ces signes s'apaisent. La température baisse, la tuméfaction diminue et reste un peu plus grosse qu'auparavant ; rarement elle disparaît complètement.

La température peut disparaître aussi et le malade devenir apyrétique, mais le plus souvent persiste un état subfébrile. Cette évolution peut être très longue. C'est ainsi que, dans un cas de cancer de l'angle hépatique du côlon, des chirurgiens différents vus à intervalle, ont pu faire successivement les diagnostics d'appendicite, affection hépatique, cholécystite. En dernier lieu on fit le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. L'incision lombaire montra le rein sain. On fit aussitôt une autre incision abdominale par laquelle l'abcès fut drainé.

Formes cliniques suivant le siège du néoplasme et diagnostic. — Nous passerons rapidement en revue les différents néoplasmes en les considérant suivant leur localisation. En effet, suivant leur siège, les complications inflammatoires revêtent tel ou tel aspect qui induit en erreur le praticien et le conduit à faire le diagnostic de l'affection qui siège le plus souvent au niveau de la région envisagée.

Lorsque le cancer siège au niveau du cæcum, l'affection se présente souvent comme une appendicite à répétition, d'allure subaiguë et chronique. Remarquons que, dans deux de nos observations, cette fausse appendicite était symptomatique d'un cancer de l'S iliaque. Nous nous sommes longuement expliqué à ce sujet au chapitre de l'anatomie pathologique.

Ceci nous conduit à dire que, chez *tout individu*

atteignant la cinquantaine et présentant un syndrome appendiculaire, il faut se méfier et chercher si ces phénomènes ne cachent pas un cancer du gros intestin.

Dans le cas de cancer de l'angle droit du côlon, on a souvent fait le diagnostic de phlegmon périnéphrétique et cependant le malade n'avait pas d'antécédents de lithiase rénale, ni de signes de tuberculose rénale. En l'absence de tout signe de calcul ou de signe de tuberculose urinaire, il ne faudra donc porter le diagnostic de phlegmon périnéphrétique qu'avec toute réserve si l'on a affaire à un sujet âgé présentant des troubles digestifs. L'examen répété du sujet et l'évolution lèveront les doutes.

A ce niveau, on a aussi fait le diagnostic de cholécystite ; mais, d'après nos observations, toutes les fois que ce diagnostic a été porté, on a noté l'absence d'ictère.

Donc, ce diagnostic serait sans doute à éliminer lorsque le malade n'aura pas d'ictère et pas d'antécédents de lithiase biliaire. Ces cas sont peut-être plus compliqués, car dans une observation de M. Gangolphe, on a noté que le pus était jaunâtre, un peu comme du pus d'origine vésiculaire. Mais cet auteur ne s'explique pas à ce sujet.

Cancer du colon transverse. — On peut dire qu'à ce niveau on peut presque envisager toutes les hypothèses. Cette portion du gros intestin est, en effet, essentiellement mobile et de longueur variable. Les variations individuelles sont considérables et cela sans que rien puisse les faire prévoir. Aussi, la complication inflammatoire peut-elle apparaître à tous les

niveaux et prêter à beaucoup d'erreurs. Nous ne discuterons pas tous les diagnostics, nous dirons seulement que ces abcès s'ouvrent souvent à la région ombilicale. Or, à ce niveau, les phlegmons ont souvent pour origine l'intestin grêle et ensuite la vésicule. Le diagnostic sera donc très difficile. Comme cas exceptionnels, rappelons que dans une observation de M. Renaut, un cancer de l'estomac a donné un abcès qui est venu s'ouvrir à l'ombilic.

Nous avons trouvé dans la thèse de Bec de nombreuses observations de fistules gastro-coliques au cours de cancer du côlon transverse. Mais, dans ces observations, la période inflammatoire est passée sous silence, aussi nous n'avons pas retenu ces cas.

Les abcès qui ont pour point de départ le cancer du côlon transverse peuvent aussi s'ouvrir à la vessie.

Coude splénique du colon. — Nous n'avons qu'une observation d'abcès au cours du cancer de l'angle gauche. Dans ce cas, l'abcès s'est ouvert à la paroi abdominale antérieure. Dans la thèse de Bec, nous avons vu qu'il existe de nombreux cas de fistules gastro-coliques au cours de ce néoplasme. Nous ne les avons pas retenus pour la même raison que dans le cas précédent. A cause de la profondeur de la lésion, l'inflammation ne se manifeste sans doute que par de la douleur et de la température, l'abcès s'ouvre dans l'estomac, d'où le pus est évacué, soit par les selles, soit par une vomique. Ceci doit être l'évolution la plus fréquente de ces abcès, il se forme des adhérences entre le côlon et l'estomac qui forme la paroi antérieure de l'arrière-cavité des épiploons.

Cancer du colon descendant. — Nous n'avons qu'une observation de cancer siégeant à ce niveau. Elle n'a pas prêté à des erreurs de diagnostic.

Cancer de l'S iliaque. — Ici nous trouvons des observations plus intéressantes et plus nombreuses. Ce sont soit des phlegmons de la fosse iliaque gauche, soit des phlegmons hypogastriques, soit encore des abcès ouverts dans la vessie. Rien d'étonnant à ces localisations multiples, l'S iliaque étant une des portions mobiles du gros intestin. Ces abcès sont très intéressants parce que, dans plusieurs observations, on avait fait le diagnostic de cystite. Les malades avaient des troubles de la miction, des douleurs vésicales. Puis, le pus apparaissait dans l'urine, plus ou moins mélangé de sang. On les traitait comme des urinaires en leur faisant des lavages vésicaux et des instillations jusqu'au jour où la présence de matières fécales dans les urines et l'émission de gaz par l'urètre sont venues éclairer sur la véritable nature de la cystite.

Diagnostic étiologique de l'abcès.

Etant donné un phlegmon de l'abdomen, il faut rechercher son origine. On peut dire que tout abcès profond de l'abdomen survenant chez un individu âgé doit éveiller immédiatement l'idée d'un néoplasme latent du tube digestif. L'estomac étant éliminé, il s'agit de savoir s'il siège sur le grêle ou sur le gros intestin. Les cancers de l'intestin grêle sont très rares, et s'ils donnent lieu à des abcès, ce qui est rare (thèse de

Lecène), ces abcès s'ouvrent presque toujours à l'ombilic.

Quels sont donc les signes qui pourront faire songer à un cancer du gros intestin ? L'*occlusion aiguë* est un signe d'une importance énorme, soit qu'elle accompagne l'abcès et qu'elle soit plus ou moins masquée par lui, soit qu'elle se produise d'une façon isolée, à une période antérieure à l'apparition de l'abcès.

Le *melœna* est un excellent signe, mais il semble justement, que dans ces formes avec abcès, le melœna soit rare.

La *tumeur*, mais, dans la plupart des cas, la tumeur n'a pas encore été perçue au moment où apparaît l'abcès.

Il faudra donc, lorsqu'on ne trouve pas de tumeurs, se baser sur les signes généraux et les signes fonctionnels du cancer du gros intestin :

L'examen du sang peut rendre de grands services en donnant la formule hématologique du cancer : hyperleucocytose, diminution du nombre des globules rouges et altération de leur forme.

L'examen des urines montrera, par la présence de substances aromatiques à un taux élevé, la putréfaction dans l'intestin des produits de la digestion.

En général, il suffira de rechercher le taux de l'indican dont la présence sera décelée par la réaction de Jaffé (hypochlorite de soude et chloroforme). Le taux normal de l'indican étant de 1 milligramme par vingt-quatre heures, lorsqu'il dépasse 5 milligrammes il indique une obstruction intestinale.

La cachexie rapide de famélisme est due à ce que les

malades ne s'alimentent presque plus à cause des douleurs provoquées par l'ingestion des aliments et la dyspepsie stercorale qui en est la conséquence. Cette cachexie est beaucoup plus rapide que celle des cancéreux ordinaires.

La dyspepsie stercorale et la stercorémie, caractérisées par des céphalalgies progressives, des lourdeurs de tête et des vertiges; les crises de vomissements et les indigestions sont fréquentes et tendent à se rapprocher.

Les alternatives de diarrhée et de constipation ou des crises de constipation opiniâtre.

Enfin, l'insufflation du rectum ou l'injection d'eau peuvent être utilisées, mais avec une très grande prudence, les manœuvres pouvant rompre les adhérences et déterminer une péritonite.

Dans certains cas, on peut avoir des formes masquées dont nous avons plusieurs observations et qui peuvent affecter soit le type gastrique, soit le type entérique (Okinczye).

S'il y a tumeur, avant l'ouverture de l'abcès, il faut savoir s'il y a une tumeur inflammatoire pure, comme celles décrites par Lejars (*Semaine médicale*, 1906) ou un abcès symptomatique. Le diagnostic est très difficile, car ces tumeurs inflammatoires ont sensiblement les mêmes caractères que les abcès que nous avons étudié. Lejars et Ohinczye font remarquer qu'elles siègent plutôt sur les régions cæcale et sigmoïdienne, que les sujets sont souvent jeunes et des constipés chroniques, qu'ils présentent de la sigmoïdite chronique. D'autre part, ces tumeurs ne s'accom-

pagnent pas du ténesme habituel au cancer du gros intestin. Les malades n'ont jamais de melœna et ne présentent rien qui rappelle un trouble fonctionnel mécanique de sténose. D'ailleurs, le traitement peut, par son efficacité presque immédiate, constituer un véritable moyen de diagnostic. Il consiste en repos au lit, régime lacté absolu, absorption quotidienne d'une cuiller à café d'huile de ricin. On voit alors la tumeur disparaître progressivement et complètement.

PRONOSTIC

La valeur pronostique de ces abcès est considérable. Ils sont graves par eux-mêmes et peuvent déterminer la mort, mais cette éventualité est moins fréquente maintenant que dans les anciennes observations, où l'on n'opérait que la main forcée.

Ils ont surtout une valeur pronostique considérable au point de vue de l'évolution du néoplasme. En effet, dans la plupart des observations, les malades meurent dans l'année qui suit l'apparition de l'abcès, souvent dans les six premiers mois. Cependant, dans un cas, après avoir incisé l'abcès, M. Gangolphe fit ultérieurement une cæcostomie pour des accidents aigus d'occlusion, et le malade survécut deux ans et sept mois à cette opération.

Ce pronostic sera encore sans doute considérablement amélioré par les progrès récents de la chirurgie intestinale. Grâce à une technique plus parfaite, on ose maintenant tenter l'ablation de ces tumeurs que jusque-là on avait jugées inopérables à cause de la suppuration.

TRAITEMENT

Pour le traitement de l'abcès, nous ne saurions mieux faire que de nous adresser à la thèse de Cavaillon : « La conduite du chirurgien, dit-il, est simple ; il faudra, selon la coutume, évacuer le pus. Mais faire plus serait dangereux et coupable. Le pus évacué, l'abcès drainé avec des drains larges, mis au point déclive et non pas avec la gaze ou avec des drains à direction paradoxale, on verra souvent une fistule se produire. Cette fistule, le plus souvent, s'oblitérera spontanément ; dans d'autres cas, une opération ultérieure sera nécessaire à son endroit. Cette fistule peut être considérée comme un événement heureux, en réalisant spontanément un drainage intestinal en amont du cancer. »

Quant aux accidents d'occlusion, s'ils ne cèdent pas après l'incision de l'abcès, il faudra faire une cœcostomie ou une entérostomie si le cancer siège au niveau du cæcum. On ouvrira ainsi une voie de dérivation aux matières, ce qui permettra à l'intestin de se reposer et aux phénomènes inflammatoires de se calmer. C'est aussi un moyen d'attente. Le malade sera soumis à un traitement spécial, attentif et, s'il semble capable de supporter une opération plus grave, on pourra tenter l'exclusion ou l'extirpation de la tumeur. Dans un troi-

sième temps, on fermera, si c'est possible, l'anus contre nature.

Mais on ne devra jamais tenter d'emblée l'ablation de la tumeur : opérer ainsi en milieu infecté, c'est faire courir à un malade déjà débile de grandes chances de mort. Dans certains cas, cette ablation a été tentée, elle comporte une mortalité opératoire considérable.

Il semble également, d'après nos observations, que l'ablation de la tumeur, même à froid, après que les phénomènes inflammatoires sont calmés, soit plus dangereuse que dans les cas non compliqués d'abcès, et il serait sans doute prudent de se contenter, ainsi que le recommande M. Gangolphe, de faire une exclusion ouverte de la portion malade.

OBSERVATIONS

Cæcum et côlon ascendant.

Observation I

Tuffier, *Semaine méd.*, 1904.

Homme de cinquante-quatre ans, entre une première fois dans le service, pour une affection de la fosse iliaque droite. Six semaines avant son admission, étant en pleine santé, il ressentit une douleur, d'abord peu marquée, dans la fosse iliaque droite de l'abdomen. Il continua à travailler, cette douleur s'accentua, devint assez vive pour empêcher le travail, en même temps qu'une tuméfaction apparaissait au même niveau. Il entre à l'hôpital. Je constatai de suite la présence d'une tuméfaction assez bien limitée, occupant la fosse iliaque, descendant jusqu'à l'arcade crurale, remontant à mi-chemin des fausses côtes, remontant à gauche jusqu'à trois travers de doigt de la ligne blanche. La tumeur est immobile sur les parties profondes, mate, adhérente profondément à l'aponévrose iliaque, mais sans connexion avec la peau, qui est normale. Sa surface est régulière, assez lisse, dure, peu douloureuse, sans fluctuation apparente. En somme, nous avions les signes d'un abcès subaigu de la fosse iliaque. Les divers appareils organiques ne présentaient aucune réaction; l'appareil digestif, dont le fonctionnement avait été normal jusqu'à la première crise de douleurs, ne trahissait le voisinage de la tumeur que par quelques vomissements survenant après les repas.

Il n'y avait jamais eu d'hématémèse, ni de melœna et pas trace de constipation. Les urines étaient normales. Cet homme était d'ailleurs vigoureux et c'est seulement depuis quelques semaines qu'il avait maigri.

Le diagnostic s'imposait donc : il s'agissait d'un phlegmon subaigu de la fosse iliaque, et comme ces suppurations sont presque toujours d'origine appendiculaire, le point de départ de la lésion ne prêtait lui-même guère à discussion. Malgré cela, je fis faire l'examen hématologique et voici la note que me remit mon chef de laboratoire, M. Mauté : Globules rouges, 4.154.000 ; globules blancs, 10.710 ; hémoglobine, 75 pour 100. Equilibre leucocytaire : polynucléaires, 71 pour 100 ; grands et moyens mononucléaires, 19.5 pour 100 ; lymphocytes, 8 pour 100 ; éosinophiles, 1.5 pour 100.

Ce résultat n'était pas absolument en faveur d'une suppuration profonde.

15 mai 1993. — Je pratiquai l'ouverture de cet abcès par une incision parallèle et supérieure à l'arcade crurale ; je trouvai les muscles de la paroi légèrement infiltrés d'œdème et adhérents ; j'ouvris, dans la fosse iliaque, un énorme abcès en bissac, contenant du pus épais et visqueux. La paroi de la poche était indurée comme celle des abcès à marche lente, et je ne constatai nulle part une induration spéciale, susceptible de me faire penser à un néoplasme. Quant à l'appendice, je me gardai bien de le chercher. L'abcès fut largement drainé ; après quelques semaines, il ne restait plus qu'un petit trajet fistulaire de 5 à 6 millimètres ; l'état général était excellent et le malade quittait l'hôpital. J'ajoute de suite que, pendant son séjour dans nos salles et durant les cinq mois qui suivirent, il n'eut aucun trouble digestif spécial.

Au mois d'octobre dernier, cinq mois après son opération, cet homme revint dans le service et, à mon grand étonnement, je constatai les lésions suivantes : le flanc droit était occupé par une tumeur du volume du poing,

assez lisse, dure, adhérente aux plans profonds. L'orifice du trajet fistuleux était remplacé par deux ulcérations à bords irréguliers, bourgeonnant, saignant, ressemblant en tout point à ceux d'un épithélioma, et l'examen d'un de ces bourgeons, fait par M. Mauté, confirma la nature des lésions. Un stylet, introduit dans ce trajet, arrivait dans la profondeur sur une masse fongueuse, friable, saignant facilement. La localisation du néoplasme, l'absence de symptômes graves du côté du tube digestif et le bon état général du malade me firent tenter l'extirpation de la tumeur........ Les suites opératoires ne présentèrent aucun incident, et le malade que j'ai revu au bout de quatre mois, continuait à se bien porter. La tumeur était un cancer du cæcum avec adénopathie iliaque.

Observation II

Thèse de Cavaillon (obs. XVII).

Néoplasme du cæcum et du côlon ascendant. Exclusion bilatérale ouverte avec double fistulisation iliale et appendiculaire. Mort. Péritonite développée autour d'un abcès périnéoplasique.

Janvier 1905. — Pas de maladies antérieures. L'affection qui amène la malade à l'hôpital date du mois de septembre 1904. Mais depuis le mois de mai, elle a maigri considérablement, ses forces ont décliné, l'appétit a diminué et souvent les aliments ont été rejetés par le vomissement.

Le 14 septembre, la malade fut reprise brusquement d'une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements et d'arrêt de matières. On a traité la maladie en ville comme une appendicite : glace, repos, morphine.

Les accidents aigus, sous l'effet de cette médication, se sont amendés, mais l'état général ne s'est pas relevé avec la disparition des accidents fébriles. Le côté droit est resté douloureux, la constipation n'a disparu que pour faire place

à une diarrhée persistante, enfin l'amaigrissement est tel que la malade a perdu 23 kilogrammes depuis le mois de mai.

A l'entrée, teinte jaune des téguments, œdème malléolaire, diarrhée tenace avec dix à douze selles par jour. Les selles n'ont jamais été sanglantes ; elles ne contiennent pas de glaires... Dans la fosse iliaque droite on perçoit une masse irrégulière, bosselée, douloureuse, ne suivant pas les mouvements respiratoires, mais mobile.

Opération le 18 janvier.

Autopsie. — Le cæcum est enfoncé dans un bloc d'adhérences solides limitant des logettes purulentes. La dissection de la face postérieure du cæcum conduit sur une collection purulente rétro-cæcale. Le cæcum a atteint le volume d'une tête de fœtus. Il est irrégulier, fortement bosselé.

Observation III

Thèse de Cavaillon, n° 67, service de M. le Dr Tixier.

Cancer du cæcum et du côlon ascendant. Résection en un temps. Anastomose iléo-colique transverse, termino-talérale. Guérison.

H., troubles gastro-intestinaux depuis cinq ans. Dans les derniers temps, amaigrissement considérable. Il y a deux mois, une crise violemment douloureuse de la fosse iliaque droite oblige le malade à cesser tout travail. Cette crise dure quatre ou cinq jours. On ne sait pas s'il y a eu de la fièvre. Il y a un mois, nouvelle crise soignée en ville comme une appendicite ; en effet, on trouvait un point douloureux nettement appendiculaire, des vomissements et un léger degré de ballonnement du ventre. Quinze jours après, nouvelle crise douloureuse, encore plus violente. Il entre à l'hôpital. C'est un homme amaigri, néanmoins d'aspect assez résistant. Il se plaint de souffrir dans la fosse iliaque droite, où l'on découvre, en effet, un empâtement assez con-

sidérable. La température est normale. Opération le 29 septembre 1905.

Observation IV

Morestin, 1903, *in* thèse Lance.

P... 32 ans. Depuis 18 mois, douleurs dans la fosse iliaque droite, sous forme de crises irrégulières. En janvier 1903, crise douloureuse plus accusée, simulant une appendicite et guérie par la glace et l'opium.

Observation V (Schloffer).

H. 37 ans, troubles dermiques, péritiphlite, abcès; fistule stercorale qui se calme seule. Deux ans après, le malade revient pour une tumeur développée sous la fistule.

Observation VI

Bérard, *Lyon méd.*, 1903.

Cancer du cæcum. — Obstruction subaiguë. — Entéro-anastomose. — Entérectomie iléo-cæcale secondaire. — Guérison.

F..., trente ans. Le début de la maladie remonte à cinq mois. Brusquement, après un dîner de fête, elle a été prise de douleurs vives dans la région appendiculaire, avec diarrhée; état nauséeux, quelques vomissements bilieux. Au bout de cinq six ou jours, ces accidents cessèrent pour se reproduire trois semaines après, un peu moins intenses. Et depuis ce moment, un point persiste douloureux dans la fosse iliaque droite, en même temps que la malade a maigri de plus de 4 kilogrammes.

A l'examen, on constate une tumeur du cæcum. Opération le 4 août. Cancer épithélial du cæcum.

Observation VII

Morestin, *in* th. Lance, n° 53.

Exclusion unilatérale du gros intestin pour cancer du cæcum. — Extirpation consécutive. — Guérison.

F..., quarante-six ans. Entre le 23 juillet 1901 à l'hôpital Saint-Louis. Cette malade a déjà été opérée depuis une dizaine d'années trois ou quatre fois par M. Richelot. Il s'agissait d'une suppuration de la fosse iliaque droite dont elle se plaint de souffrir encore. Au-dessus de l'arcade crurale s'ouvrent deux fistules laissant écouler du pus en abondance. Le stylet s'y enfonce transversalement de 2 ou 3 centimètres. Au-dessus de ces fistules remplissant la fosse iliaque est une masse allongée, en forme de boudin cylindrique, long de 10 centimètres à extrémité supérieure arrondie. Tumeur de consistance très ferme, ligneuse. On songe au résidu d'une ancienne appendicite. L'opération montre que la tumeur est bien un cancer du cæcum et que rien ne ressemble à une appendicite.

Observation VIII (Wittmer).

Pérityphlite incisée antérieurement, fistulisée à son entrée. Contre-ouverture lombaire, 15 septembre. Fistule continue, tampon à la gaze iodoformée, 29 octobre. Pendant la défécation, évacuation de gaz. On examine les débris de la tumeur. On voit que l'on a affaire à un épithélioma à cellules cylindriques ; 20 février, ascite ; 20 mai, état désespéré.

Observation IX (Zimmermann).

Cancer du cæcum. — Abcès péricæcal.
Iléo-colestomie. — Résection. — Mort.

H., soixante-neuf ans. Son affection a débuté par une douleur, dans la fosse iliaque droite, très vive, qui fut diag-

nostiquée et traitée comme une appendicite. En août, on constate de la tuméfaction et de la fluctuation. A la ponction il sort un liquide d'odeur intestinale et il persiste une fistule On fait le diagnostic d'abcès péri-cæcal dû à un carcinome. En janvier 1900, drainage de la région, iléocolestomie latérale. Le 24 février, résection du cæcum et d'une portion du côlon ascendant. Anastomose bout à bout. Le cæcum et l'appendice sont remplacés par des masses friables. Drainage à la gaze. Mort.

Observation X (Delagénière).

Cancer du cæcum simulant une appendicite.

F., trente-neuf ans, souffre de l'estomac depuis deux ans, les douleurs surviennent quelque temps après le repas, elles se localisent dans le côté droit du ventre, les crises se répètent plusieurs fois dans la journée et aussi pendant la nuit. Les selles sont diarrhéiques et fétides. Je suis appelé auprès de la malade le 4 février 1900. La malade est pâle, amaigrie, d'une très grande faiblesse, le pouls est rapide et la température axillaire est de 38 degrés. Dans le côté droit du ventre on trouve une tumeur qui occupe toute la fosse iliaque droite. Peu douloureuse à la pression et mal délimitée du côté de la ligne médiane. Il n'existe pas de point de Mac Burney. Je pense qu'il s'agit d'un plastron d'appendicite.

Opération le lendemain, il s'agit d'un cancer du cæcum.

Observation XI

Tuffier, *in* Hartmann. *Chir. an. clin.*, 1907.

Cancer du cæcum et du côlon ascendant. — Fistule pariétale pyo-stercorale envahie par le néoplasme. — Résection intestinale.

H., quarante-quatre ans, entre dans le service de M. Tuffier parce qu'il présente au niveau de la fosse iliaque

droite un volumineux foyer cancéreux, du milieu duquel s'écoulent des matières et du pus.

Le malade fut atteint, il y a un an, d'appendicite, pour laquelle il fut opéré le 28 juillet 1902.

Il subsistait encore, sept semaines après l'opération, un léger suintement au niveau de la cicatrice, mais qui ne tarda pas à se tarir. Peu après est apparu un petit abcès au niveau même de la cicatrice, il s'ouvre spontanément et la suppuration dure un mois. Il se forme ainsi successivement, à intervalle d'un mois, six autres abcès et toujours au même niveau.

Le dernier fut plus volumineux que les autres et donna issue à un pus noirâtre d'odeur repoussante.

L'état général est resté assez bon.

Au cours de la dernière suppuration apparaît une petite tuméfaction au siège même de l'abcès et qui grossit peu à peu. Cette tumeur devenue superficielle ne tarde pas à s'ulcérer. A la même époque, le malade dit avoir éprouvé des douleurs assez violentes et propagées à tout l'abdomen.

Durant les dix-huit mois qu'a duré l'évolution de sa tumeur, son état général s'est altéré.

A l'examen, le malade porte à la partie supérieure de la fosse iliaque droite une grosse tumeur végétante, fongueuse, creusée en forme d'entonnoir. Les bords en sont indurés, évasés et éversés.

Toute la tumeur est transformée en une ulcération, violacée par places, anfractueuse. La peau, au voisinage, est infiltrée et présente l'aspect inflammatoire et lymphangitique.

La tumeur paraît mobile sur les plans profonds, et cette mobilité même pourrait faire penser que la paroi seule est envahie. Le centre de l'ulcération donne issue à du pus ichoreux et fétide ; il est mélangé de matières stercorales plus ou moins abondantes.

Température normale, état général relativement bon.

Opération : M. Tuffier fait l'ablation de la tumeur, le malade meurt le lendemain.

Observation XII

Macquet, Soc. anat., 1846.

F., depuis deux ans douleurs des reins avec irradiations dans la cuisse. Constipation.

A l'entrée : région mate, douloureuse au niveau du cæcum et de la région lombaire droite. Pas de température.

Un mois après, grands frissons et fièvre, selles très fétides. Le lendemain, phénomènes inflammatoires intenses au niveau de la fosse iliaque droite. Etat général grave.

Six jours après, fluctuation dans la fosse iliaque droite; trois jours après, envahissement de la région fessière par le pus. La fluctuation se transmet de la fosse iliaque à la région fessière.

Mort quatre jours après, douze jours après le début des accidents.

Autopsie : cancer du cæcum.

Orservation XIII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe).

Cancer colloïde du cæcum.

H..., trente-cinq ans. Pas d'antécédents personnels. Signes de diarrhée depuis deux ans. Troubles gastriques. Un médecin diagnostique un *rein flottant*. Plus tard un autre médecin diagnostique *tuberculose cæcale*. M. Gangolphe voit le malade pour des accidents aigus d'obstruction et trouve une tumeur à droite, du volume d'une tête de fœtus, occupant le cæcum. Il pratique un anus artificiel à 10 centimètres du cæcum, le 3 février 1900.

Trois mois plus tard, apparition de phénomènes inflammatoires : douleur, frisson, T. 40 degrés, tuméfaction, œdème. Puis disparition progressive de ces signes qui ont duré un mois.

Deux mois plus tard, nouvelle poussée un peu moins forte d'une durée de quinze jours. L'état général est relative-

ment bon et la tumeur cæcale diminue. On fait de la radiothérapie. Retour des matières fécales par le bout inférieur. L'anus artificiel donne néanmoins de la bile et des matières, et parfois en assez grande quantité. Amaigrissement progressif.

Juin 1902. — Troisième poussée inflammatoire, intense, qui cède en huit jours.

Novembre 1902. — Quatrième poussée inflammatoire nécessitant cette fois l'incision et le drainage dans la région lombaire droite. Il ne s'écoule que du pus, pas de matières.

Affaiblissement progressif du malade. Un peu de melœna. Diminution et affaiblissement presque total de la tumeur cœcale. On pratique, sur les instances du malade, une exclusion ouverte du cæcum.

Janvier 1903. — Au cours de l'opération, on constate des ganglions mésentériques volumineux Pas d'ascite. Pas de masses secondaires sur le péritoine pariétal ou viscéral.

L'incision des foyers inflammatoires permet de recueillir une substance colloïde, transparente, qui, examinée par le laboratoire de la Faculté, fut reconnue pour un cancer colloïde. Suites opératoires simples. Suppuration persistante au niveau des points drainés. Mort trois mois après.

Coude droit.

Observation XIV

Tuffier, *Sem. méd. 1904.*

F..., soixante-sept ans, vu pour la première fois le 10 août 1901. Il s'était formé dans la fosse lombaire droite une tuméfaction qui, en deux mois, avait acquis le volume d'une tête de fœtus, elle était arrondie, lisse, faisait corps avec la paroi abdominale, se perdait en haut sous les fausses côtes et sous le foie, descendait en bas jusqu'à mi-chemin de la fosse iliaque. Légèrement sensible à la palpation,

elle était indépendante du foie, dont elle ne suivait pas les mouvements; elle était sonore en avant et ne présentait qu'une mobilité relative. Amaigrissement. T, 37°5 le soir.

On avait pensé successivement à une vésicule biliaire enflammée, à une tumeur du foie, à une tumeur du rein. On fait le diagnostic de *phlegmon périnéphrétique subaigu (?).*

L'examen hématologique était en faveur d'une tumeur maligne.

24 octobre. — Incision lombaire : ouverture dans la région périnéale d'une large collection purulente, fétide. L'exploration des parois du foyer fit bien sentir une induration plus marquée à la partie antérieure de l'abcès. Drainage. Au bout de quelques semaines, il restait une petite fistule se dirigeant en bas et en avant. Pas trace de matières stercorales. L'index, introduit à ce niveau, sentait dans la profondeur une masse indurée, irrégulière, ligneuse, saignant facilement. L'examen hématologique montra que l'anémie avait augmenté et que la leucocytose persistait. On conclut à un cancer. Bientôt, issue de matières stercorales par l'orifice. Plus tard, de gros bourgeons cancéreux envahissent la plaie Quatre mois après, mort; une volumineuse tumeur cancéreuse obstruait le gros intestin.

Observation XV

Charrier, *Soc. Chirurg. 1900.*

F.... trente-cinq ans, bonne santé habituelle. Brusquement, en mai, se sont manifestés des troubles intestinaux. Coliques violentes dans tout le ventre avec maximum dans la fosse iliaque droite. Constipation absolue. Diagnostic d'appendicite, la crise dure trois jours.

Juin 1899. — Deuxième crise terminée au bout de trois jours.

Juillet 1899. — Troisième crise analogue aux deux pré-

cédentes, mais plus intense. Le maximum douloureux est toujours dans la fosse iliaque droite. Le médecin constate une tuméfaction très nette à droite, au-dessus de l'arcade. Constipation absolue. La crise dure cinq jours. L'état général reste mauvais.

Août 1899. — Quatrième crise plus violente que les autres, avec constipation absolue, vomissements fréquents, bilieux au début. Douleurs abdominales intolérables, maximum à droite. La malade est vue pour la première fois par M. Charrier, qui constate que la grosseur de la F. I. D. est due aux contractures du cæcum. Diagnostic d'obstruction chronique, intervention, cancer du coude droit du côlon.

Observation XVI

Bernütz. V. thèse Opin. *Archives de méd.*

Cancer de l'angle droit du côlon avec envahissement de l'épiploon, inflammation aiguë du *fascia propria* de la région ombilicale droite, induration, puis résolution lente. Mort deux mois et demi après le début de l'inflammation.

Observation XVII

Gangolphe. Thèse Opin.

F..., cinquante-cinq ans, entre pour une tuméfaction douloureuse, légèrement fluctuante, dans la région de la vésicule biliaire. T. 39°5.

Incision : issue d'un demi-verre de pus fétide, jaunâtre, assez bien lié.

Trois semaines après, issue de quelques matières fécales. Mort quatre à cinq mois après. Autopsie. Cancer du coude droit du côlon.

Observation XVIII (Hessler).

H..., vingt-huit ans, 1891. Douleurs en dessous des fausses côtes droites. Amaigrissement, selles régulières. En avril, les symptômes augmentent. On constate une

tumeur sous-hépatique, la cachexie progresse, pas de température.

Le 4 août, on intervient par la voie lombaire pour se diriger vers le rein. On fait une ponction qui ramène du pus fécaloïde. On pense à une collection du bassinet. Les jours suivants, des matières souillent le pansement. On pense à un carcinome intestinal. Mort le 7 août. Autopsie. Carcinome annulaire du côlon ascendant.

Côlon transverse.

Observation XIX

Tuffier. *Sem. méd.*, 1904.

H..., quarante-sept ans, *ancien soldat d'infanterie de marine*, atteint, en Cochinchine, d'une dysenterie qui avait persisté pendant de longues années sous la forme *d'entérite chronique*. Il entrait dans notre service. Grosse tuméfaction siégeant dans la région sus-ombilicale.

Depuis bien des années, il n'avait présenté aucun trouble intestinal, ni constipation, ni hémorragie. La tuméfaction qu'il portait s'était développée assez rapidement; elle s'était accompagnée de douleurs assez vives, sans mouvement fébrile bien marqué et, actuellement, elle s'étendait à la région épigastrique et ombilicale, dépassant l'ombilic en bas de deux travers de doigt. Elle présentait le volume de deux doigts. Peau normale. Profondément, cette tumeur était adhérente.

Les antécédents du malade, la persistance des accidents de colite depuis plus de vingt ans, la rapidité de l'évolution des lésions, la douleur qui l'accompagnait, l'absence de tout symptôme de compression ou d'obstruction intestinale firent poser le diagnostic d'abcès péri-colique au niveau du mésocôlon transverse. Examen hématologique : 3.999.000 hématies et 12.652 leucocytes.

7 novembre 1902. — Incision : pus grumeleux, non

fétide; drainage. Au bout de peu de jours, matières stercorales dans le pansement. Amélioration progressive pendant trois mois, mais avec persistance d'un trajet fistuleux; puis, à cette époque, des matières intestinales furent de nouveau rejetées par la fistule; un liquide sanieux, sanguinolent, fétide, s'écoulait à ce niveau.

En même temps, apparut une tumeur très dure, irrégulière, siégeant au lieu et place de l'abcès, qui augmenta rapidement de volume. Envahissement de la place par le néoplasme. Mort le 22 février 1903.

Autopsie : cancer du côlon transverse.

Observation XX (Reverdin).

Tumeur du côlon transverse. — Abcès hypogastrique. — Colectomie. — Anus contre nature. — Réduction du bout inférieur dans le ventre. — Guérison.

F..., cinquante-huit ans, pâle, défaite, vient à la consultation : le ventre est saillant; la peau infiltrée est d'une couleur rouge violacé sur une vaste étendue au-dessous de l'ombilic.

En ce point, on constate une fluctuation très nette. Plus profondément, masse dure, du volume d'un pain d'une livre.

Incision : un litre de pus fétide s'écoule d'une poche, dans laquelle la main se promène à l'aise. Pas trace de matières fécales. Le plancher de la cavité est dur, résistant. La tumeur que l'on croyait sentir existe bien en réalité; elle adhère de toutes parts : une masse, du volume de deux poings, de forme allongée, est amenée au dehors : cancer du côlon transverse.

Observation XXI

Jones of Caernarvon. *Trans. med. and. Chir. Society of London*, p. 35, Lancet 1851.

Cancer ouvert dans l'estomac.

Enfant, âgé de cinq ans, tombe malade pour la première fois le 10 décembre 1850.

31 décembre. — Il fut pris de douleurs violentes dans le ventre et il vomit un liquide très sombre, semblable à du pus de mauvaise nature. Ce vomissement persista pendant quatre à cinq jours et revint par intervalle jusqu'au 10 mars, avec de fréquentes crises douloureuses et de l'amaigrissement progressif.

3 janvier. — Le vomissement est très fétide et on y reconnaît la présence de matières stercorales.

Mort le 2 août. Autopsie : perforation de la dimension d'une tête d'épingle, vers le milieu du côlon transverse. Estomac petit. Adhérence entre l'estomac et le côlon transverse, et ouverture permettant le passage du doigt faisant communiquer les deux organes. Tumeur du côlon transverse.

Observation XXII

Withbourn. Lond. med. Gazette, 1845.

Cancer du côlon transverse ouvert dans l'estomac.

F..., soixante-quatre ans, entre à l'hôpital le 6 novembre 1844. Depuis un an, elle se plaignait de constipation et de douleurs abdominales. Bientôt après son entrée, la tumeur ombilicale devient dure et douloureuse et se mit à suppurer. On vit sortir une matière purulente, infecte, mêlée de sang. L'induration s'étendit du côté de l'hypocondre gauche.

17 novembre. — Vomissement biliaire, constipation opiniâtre.

19 novembre. — Selle douloureuse, et l'on vit dans les fèces des lambeaux de muqueuse.

20 au 21. — La malade vomit trois pintes de matières fécaloïdes liquides et de couleur sombre, la constipation était revenue.

Mort le 17 janvier. Autopsie. Autour de l'ombilic, masse cancéreuse. Le foie et les organes voisins adhéraient à ce niveau à la paroi abdominale. Dans le côlon transverse et vers son milieu, large ouverture conduisant dans une cavité, du volume d'un œuf, aux parois indurées.

De là, un canal libre et sinueux conduisait dans l'estomac vers son milieu. Cancer annulaire du côlon transverse.

Observation XXIII

Anstie-Clinical Society of London.

Cancer du côlon transverse avec abcès ouvert un peu au-dessus et à droite de l'ombilic.

F..., soixante-huit ans, présente une petite masse indolore légèrement mobile à droite et au-dessus de l'ombilic. Diminue par les purgatifs. Treize jours après, douleur à ce niveau. Le lendemain, sphacèle de la peau. Puis issue de matières fécales. Mort huit jours après. Autopsie : cancer du côlon transverse.

Observation XXIV

Thiery, *Bull. Soc. anat.* (V. th. Opin).

Abcès de la région ombilicale gauche. Incision. Mort vingt jours après. Autopsie. Cancer de l'angle gauche du côlon.

Coude gauche.

Observation XXV (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

Cancer de l'angle gauche du côlon.

H. ., cinquante ans. Début il y a deux ans par des troubles digestifs, constipation, coliques. En décembre 1906, éclate de l'occlusion aiguë, M. Gangolphe fait une cœcostomie le 15 décembre 1906. A ce moment, on constate une tumeur du côlon gauche, remontant vers l'angle splénique.

Quinze jours après, apparaissent des phénomènes inflammatoires dans l'hypocondre gauche, durant une huitaine de jours. T. 39°2. Puis résolution. Retour complet des matières par le bout inférieur.

Puis, au niveau de la tumeur, apparaissent des phénomènes inflammatoires durant deux ou trois jours et se résolvant. Ces accidents se répètent, simulant un phlegmon périnéphrétique, puis se maintiennent en donnant un prolongement jusqu'au dessous de l'arcade crurale. La peau est peu altérée. T. 38°5.

On fait une incision lombaire qui donne issue surtout à des matières. Affaiblissement progressif, la mort est prochaine.

Observation XXVI (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

Cancer de l'angle gauche.

H.. , trente-cinq ans. Depuis dix-huit mois, troubles digestifs, constipation, coliques, gargouillements. Il existe au niveau de l'angle gauche de la douleur et une tuméfaction. Un médecin diagnostique : péritonite tuberculeuse. M. Gangolphe voit le malade ensuite et fait le diagnostic de tumeur

du côlon, à cause du melœna, de l'absence d'ascite et de la tuméfaction localisée. Pendant l'examen, il constate les gargouillements typiques, indiquant la présence d'une sténose intestinale. T. 39°5.

L'obstruction n'étant pas absolue et les signes d'inflammation trop peu limités, M. Gangolphe ne fait pas d'intervention.

Le malade a été revu en janvier 1907. Pas de renseignements consécutifs.

Observation XXVII

Thiéry. *Bull. anat.*

H..., soixante-deux ans. Tuméfaction inflammatoire dans le flanc gauche. Peu de renseignements sur le début. Pendant la nuit, violentes douleurs, évacuation de pus fécaloïde. T. 40 degrés. Incision. Issue de pus, on voit la perforation intestinale au fond de la plaie.

Autopsie. — Cancer de l'angle gauche du côlon.

Côlon descendant et iléo-pelvien.

Observation XXVIII

Thèse de Cavaillon, n° 50.

Symphyse du péricarde. — Cancer du côlon descendant. — Deux anastomoses iléo-coliques consécutives. — Mort.

F..., quarante et un ans, 14 août 1903. Ventre tendu, dur, douloureux, sans points qui le soient spécialement. T. = 40 degrés. Vomissements fréquents, abondants, verdâtres. Les selles sont suspendues.

11 décembre 1903. — La malade rentre pour des phénomènes péritonéaux.

Depuis quinze jours, la constipation tendait à s'installer et brusquement, il y a huit ou dix jours, apparaissaient des douleurs abdominales très vives, accompagnées de vomis-

sements. La température prise deux fois s'élevait à 39 degrés.

A son entrée, la malade se plaint de souffrir dans la F.I.G. L'abdomen est souple, sauf à ce niveau où l'on sent un plastron remontant assez haut dans la direction de la fosse lombaire, la palpation réveille de la douleur. Constipation très accentuée.

Pouls normal à 84. Pas de température. Toucher vaginal et rectal négatif.

Les phénomènes d'obstruction chronique persistant, la malade passe en chirurgie où elle est opérée, et où l'on trouve un cancer du côlon descendant.

Observation XXIX (Sorensen).

H., quarante-six ans. Abcès autour de la péritumeur. On fait une incision, il s'écoule du pus d'allure intestinale. Des matières stercorales apparaissent par la plaie. L'obstruction persiste. Colectomie droite. Mort un an après.

Observation XXX (Kessler, 29 juin 1900).

H., cinquante-neuf ans. Depuis six mois, coliques. Le 7 juin, petite crise d'obstruction qui cède médicalement. Le malade présente des douleurs vésicales, puis il élimine par le canal des matières et des gaz. On fait le diagnostic d'appendicite. On sent une tumeur au dessus de la symphyse et à droite, dans la région iléo-cæcale, toutes deux douloureuses à la pression.

Ténesme vésical. Le 8 juillet, même état, les urines contiennent des matières. Le 18 juillet, opération. Incision médiane, large, la tumeur est adhérente, le tiers inférieur de l'anse sigmoïde est collé à la paroi postérieure de la vessie. Un abcès de la grosseur d'une noisette est ouvert dans la vessie. On curette la paroi vésicale, et on suture. On pratique une extirpation d'intestin de 20 centimètres environ. Guérison.

Observation XXXI (Sorensen).

Cancer sigmoïde.

A l'entrée, occlusion absolue. On fait une première opération par une incision d'appendicite. L'extrémité du cæcum est entourée d'adhérences. Il s'écoule une cuillerée de pus. L'appendice est long et rouge, on le résèque, drainage à la gaze. Persistance de l'iléus. Deuxième opération à gauche, sur le ligament de Poupart, l'anse sygmoïde a ses parois accolées. On ouvre de nouveau à droite et on fait une cœcostomie. Guérison temporaire, mort en quatre mois. Tumeur de l'anse sygmoïde.

Observation XXXII (Helferich).

Cancer de la portion initiale de l'anse sigmoïde avec perforation dans la vessie.

Le malade souffrait, depuis cinq semaines, de douleurs abdominales et de constipation. Il y a quatre semaines, les urines deviennent troubles. Tumeur de la grosseur du poing, située derrière la symphyse et un peu mobile. Urine mélangée de matière fécale. Le 28 novembre, opération : tumeur de la partie supérieure de l'anse sygmoïde de la grosseur d'une pomme et adhérente à la vessie.

Observation XXXIII

Hartmann, *in Chir. anat. clin.*, Paris, 1907.

Cancer de l'S iliaque. Poussées successives d'appendicite. Evacuations répétées de pus par les selles. Accidents d'obstruction. Entéro-anastomose. Anus cæcal. Guérison opératoire.

Observation XXXIV (Hartmann, *ibid.).*

Cancer sygmoïde ouvert dans la vessie. Dyspepsie en

avril 1904. Mœlena. Poussées douloureuses, coliques. Troubles vésicaux. Fièvre. Douleurs à la miction. Issue de pus par l'urètre, puis issue de matières fécales. T. 39°4. Colestomie iliaque en octobre 1905. Mort en 1906.

Observation XXXV (Hartmann, *ibid.)*.

Cancer du côlon pelvien.

H..., cinquante-huit ans. Depuis quelques mois, phénomènes de cystite, puis issue de matières par l'urètre. Anus iliaque. Mort un an après.

Observation XXXVI

Gangolphe, *in* th. Opin.

H..., cinquante-cinq ans, bonne santé habituelle. En août 1903, chute sur le ventre. Dans la suite, le malade ressent une tumeur dans le flanc gauche. En janvier, accidents aigus d'occlusion intestinale. M. Gangolphe diagnostique un cancer du gros intestin.

En février, phlegmon survenant à gauche, dans la région occupée par la tumeur, et cela en deux ou trois jours. Fluctuation. T. 40°8. Accidents d'obstruction. Incision. Issue d'un demi-verre environ de pus fétide. Pas de matières, ni de gaz. Les accidents d'obstruction persistant, M. Gangolphe fait une cæcostomie. La tumeur persiste, les abcès restent fistuleux, et à certains moments donnent issue à une substance gélatineuse comme du myxome.

Mort deux ans et sept mois après la cæcostomie.

Observation XXXVII

Laveran, *in* th. Opin.

Tumeur épithéliale sous-muqueuse du gros intestin, siégeant au niveau de l'S iliaque. Phlegmon de la fosse iliaque et psoïtis consécutifs. Mort. Autopsie. Cancer de l'S iliaque.

Observation XXXVIII

Giamboni, *in* th. Opin.

Abcès de la fosse iliaque gauche survenant sans cause. Dix ans après, gros abcès. Cancer de l'S iliaque.

Observation XXXIX

Berne, *in* th. Opin.

Abcès de la paroi abdominale. Autopsie. Cancer de l'S iliaque.

Observation XXXX

Pollosson, *in* th. Opin.

H..., trente-huit ans. Est pris de phénomènes douloureux dans la région hypogastrique et de gêne dans la défécation.

Une tumeur se manifeste à cet endroit. Un chirurgien considère cela comme un abcès. Au bout de quelque temps, cet abcès s'accompagne d'occlusion intestinale. La tumeur augmente, ainsi que le phénomène phlegmoneux. Le malade est conduit à l'Hôtel-Dieu. M. Pollosson incise et trouve un énorme myxome de l'S iliaque. Secondairement, ouverture du néoplasme dans la vessie.

CONCLUSIONS

Les abcès symptomatiques du cancer du gros intestin (rectum excepté) sont assez fréquents.

Ces abcès sont vus surtout au cours des cancers siégeant sur les côlons iliaques.

Ce sont des abcès lymphangitiques ou adénopathiques.

Ils ne sont presque jamais stercoraux d'emblée, mais secondairement.

Ils affectent diverses formes cliniques dont deux principales :

1° Une forme suraiguë très grave ;

2° Une forme à évolution lente, caractérisée par les grandes variabilités du processus inflammatoire.

L'apparition de ces abcès chez un individu âgé doit faire songer à un néoplasme du gros intestin.

Ces abcès ne sont pas une contre-indication opératoire ; ils aggravent simplement le pronostic opératoire.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
M. POLLOSSON.

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 16 Février 1907.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

ANSTIE, Clinical Society of London, 1884.
BEC, Thèse, Lyon, 1896-1897.
BÉRARD, Lyon médical, 1903.
BERNE, Bulletin de Société anatomique, 1881.
BERNUTZ, Archives de médecine, 1850.
CHARRIER, Société de chirurgie, Paris, 1900.
COSTE, Thèse, Lyon, 1905.
CAVAILLON, Thèse, Lyon, 1906.
BITTORF, München med. Woch., 1904.
— Deutscher Arch. f. klin. Med., 1906.
HARTMANN, Trav. de chir. anat. clinique, Paris, 1907.
GANGOLPHE, *In* thèse Opin, Lyon, 1894.
— Lyon médical, 1895.
— Société de chirurgie de Lyon, 1907.
KESSLER, Thèse, Iéna, 1902.
LANCE, Thèse, Paris, 1903.
LECÈNE, Thèse, Paris, 1903-1904.
LAVERAN, Progrès médical, 1875.
LEJARS, Semaine médicale, 1906.
LECLERC, Thèse, Lyon, 1906.
MAYOR, Semaine médicale, 1903.
MONOD, Bulletin anatomique, 1868.
MACQUET, Société anatomique, 1846.
OPIN, Thèse Lyon, 1894.
PAL, Wiener klin. Woch., 1889.
POTHERAT, Bull. et Mém. de la Société de chirurgie, 1906.
PATEL, Revue de chirurgie, 1902.
REVERDIN, Archives provinciales de chirurgie, 1893.
SORENSEN, Verhdlgn d. Fr. Verenig der Chirurgen, Berlin, 1903.
TUFFIER, Semaine médicale, 1904.
SCHLOFFER, Beitrage f. klin. Chir., 1904.
THIÉRY, Bulletin anatomique, 1889 et 1890.
WITTMER, Inaug. Dissert., Bonn, 1902.
WITHBOURN, Lond. med. Gazette, 1845.
WALSHAM, The Lancet, 1901 et 1903.
WINDSCHEID, Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1889.

TABLE DES MATIÈRES

Lyon. — Imprimerie A. REY, 4, rue Gentil. — 44984